Lane Medical Library

Ueber

Pneumonierecidive.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 16. Juli 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

John Landsberger

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. cand. med. Felix Hamburger.
„ cand. med. Felix Opfer.
„ cand. med. Theodor Kosterlitz.

DRUCK

von Feldmann's Verlagsanstalt, Berlin, O.
Wallnertheaterstr. 14.

Seinen teuren Eltern

gewidmet.

Unsere Anschauungen über das Wesen der acuten genuinen Pneumonie haben in neuerer Zeit eine ganz durchgreifende Umwandlung erfahren. Die ältere Theorie, nach welcher die Lungenentzündung geradezu als Typus einer localen, einzig und allein durch Erkältung hervorgerufenen Affection galt, (frigus unica causa, Hildebrandt) dürfte in dieser Einseitigkeit wohl kaum noch heutzutage irgend einen Vertreter aufzuweisen haben. Mehr und mehr hat sich die von Juergensen[1]) und seinen Schülern vertretene Auffassung Bahn gebrochen, welche die Pneumonie als eine allgemeine, nicht örtlich bedingte Krankheit ansieht, einen specifischen Krankheitserreger für nothwendig erachtet und die eigentliche Entzündung der Lunge nur als Hauptsymptom gelten lassen will. Durch die Entdeckung des „Pneumococcus" seitens des leider so früh dahingerafften C. Friedlaender,[2]) sowie durch die Untersuchungen A. Fraenkel's,[3]) welcher einen anderen von ihm gefundenen Mikroben als specifischen Krankheitserreger der Pneumonie betrachtet, scheint der endgültige Triumph dieser neuen Lehre gesichert zu sein. Trotz dieser glänzenden Fortschritte jedoch müssen wir noch immer eingestehen, dass der dunklen Punkte in der Aetiologie unserer Krank-

[1]) Croupöse Pneumonie in Ziemssen's Handbuch der speciell. Pathol. u. Therapie. Leipzig 1874 und Beob. a. d. Tüb. Poliklinik 1883.

[2]) Virchow's Arch. 1882 Bd. 87. Fortschritte der Medizin 1883 Nr. 22.

[3]) Berl. Klin. Wochenschrift 1885 Nr. 22 u. 23. Referat über die Verhandl. der med. Gesellschaft. Sitzung 24. März 1886.

heit noch sehr viele sind, und, wenn Juergensen am Eingange seiner Arbeit sagt: „Bis jetzt gehörte die Pneumonie zu den Erkrankungen, von welchen man glaubte, dass man sie genau kenne, während ein genaues Studium eine Lücke über die andere aufdeckt“, so hat dieses Wort auch heute noch nichts von seiner Gültigkeit verloren. Drei verschiedene Anschauungen stehen einander noch unvermittelt gegenüber. Jede von ihnen hat klangvolle Namen zu Vertretern. Die einen gestehen die Existenz infectiöser Pneumonien zwar zu, meinen jedoch, dass ausser diesen auch noch reine Erkältungspneumonien vorkommen. Diese Ansicht wird namentlich durch Baeumle,[4]) A. Hirsch[5]) und Lépine[6]) repräsentirt. Andere nehmen zwar in allen Fällen von Pneumonie eine specifische Infection an, glauben jedoch, dass den klinisch oft sehr verschiedenen Formen dieser Krankheit, auch verschiedene specifische Krankheitserreger zu Grunde liegen. Letztere Ansicht ist in besonders gewandter Weise von O. Leichtenstern[7]) verfochten worden, welcher von den gewöhnlichen typischen Fällen von Lungenentzündung diejenigen unterscheidet, bei welchen besonders schwere, namentlich nervöse Symptome in den Vordergrund treten, ohne dass dieselben aus hohem Alter, Alkoholismus u. dergl. erklärt werden können. Leichtenstern hat diese Formen als „primär-asthenische“ bezeichnet. Sie sollen nach ihm durch ein anderes Virus hervorgebracht werden, wie die gewöhnlichen Lungenentzündungen und zu diesen etwa in demselben Verhältniss stehen, wie die asiatische

---

[4]) Verhandl. d. Congress. f. inn. Medizin 1884, herausgeg. von E. Leyden und E. Pfeiffer.

[5]) Handb. der histor.-geogr. Pathol. III.

[6]) Pneumonie aiguë lobaire in Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques réd. par A. Jaccoud.

[7]) Ueber asthenische Pneumonien. Samml. klin. Vortr. von Volkmann.

Cholera zu der ihr klinisch ähnlichen cholera nostras. Allen diesen Dualisten gegenüber stehen die Unitarier, welche die einheitliche Natur sämmtlicher Pneumonien vertheidigen und für die verschiedenen klinischen Formen nur quantitative Unterschiede anerkennen, die aus der grösseren oder geringeren Intensität des Virus erklärt werden müssten. Der Hauptvertreter dieser Auffassungsweise ist Juergensen; vor einiger Zeit hat sie durch eine Arbeit Mendelsohn's[8]) eine sehr wesentliche Stütze erhalten. Auch ich möchte mich für dieselbe erklären, da die Gründe, welche man für verschiedene Arten von Pneumonie vorgebracht hat, mit ganz demselben Rechte für die Verschiedenheit mancher Formen von Morbillen, Scarlatina und Typhus ins Feld geführt werden könnten.

Von diesem Standpunkte aus, dass es sich bei der acuten genuinen Pneumonie um eine einheitliche infectiöse Erkrankung handelt, möchte ich es unternehmen, die Betrachtung auf einen Gegenstand zu lenken, der bei allen anderen Infektionskrankheiten schon erörtert, bei der Pneumonie aber bisher noch nie im Zusammenhange besprochen worden ist, nämlich auf die Frage nach den Recidiven der Pneumonie. Nicht genug, dass dieser Gegenstand bisher ziemlich vernachlässigt wurde, es fehlt sogar bei unserer Krankheit an einer scharfen und bestimmten Definition des Begriffes „Pneumonierecidiv". Mehr wie bei jeder anderen Erkrankung herrscht gerade bei der Lungenentzündung schon seit langer Zeit grosse Unklarheit darüber, was eigentlich unter einem Recidiv zu verstehen sei und bei manchen Autoren geht die Verschwommenheit dieses Ausdrucks soweit, dass wir oft ganz verschiedene Zustände, die gar nichts mit einander gemeinsam haben, in gleicher Weise als Recidiv bezeichnet finden. Ein prägnantes Beispiel hierfür

[8]) Arch. f. klin. Med. Bd. VII.

liefert uns Fismer[9]). In den Krankengeschichten dieses Autors ist einmal von einem Manne die Rede, bei welchem, nachdem er am 23. Januar eine Pneumonie des rechten Oberlappens acquirirt hatte, sechs Tage später „während der Allgemeinzustand schon anfing sich zu bessern" der Process auf die beiden übrigen Lappen derselben Seite sich ausdehnte. Weiterhin geschieht dann eines anderen Patienten Erwähnung, bei dem die eine Pneumonie rechts unten schon völlig abgelaufen war und bei dem dann 39 Tage später, also zu einer Zeit, als der Patient sich schon tief in der Reconvalescenz befand, eine zweite, ganz neue, diesmal tötlich endende Pneumonie der linken Lunge auftrat. Wie durchaus verschieden diese beiden Fälle sind, ist wohl jedem klar. Dennoch werden beide von Fismer in gleicher Weise als Recidive bezeichnet. Der erste, welcher wenigstens eine klare Erkenntnis davon hatte, wie schwankend die Anschauungen waren, die man mit dem Worte „Pneumoniereciliv" zu verbinden pflegte, war Juergensen[10]). Leider aber hat er sich darauf beschränkt, die darüber herrschende Unklarheit missbilligend hervorzuheben, ohne jedoch selbst den Versuch zu unternehmen, durch eine bestimmte Definition die Verwirrung zu beseitigen. Er hält es vielmehr, wie er selbst sagt, für das Gerathenste, „den Begriff Recidiv dem Belieben eines Jeden anheim zu geben." Erst mit Homburger[11]) kam ein weiterer Fortschritt zu Stande, und zwar dadurch, dass dieser alle jene Fälle, in denen die pneumonische Infiltration, nachdem sie an einer Stelle schon sich zu lösen begonnen hatte, auf andere, noch freie Partien weiterkroch oder

[9]) Die Resultate der Kaltwasserbehandlung bei der acut. croup. Pneumonie im Baseler Spitale. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XI 1873.

[10]) S. oben.

[11]) Untersuch. über die croup. Pneumonie, Inaug. Diss. Strassburg 1879.

sprang, von den Recidiven, mit denen man sie bisher zusammengeworfen hatte, abtrennte und, gesondert von diesen, unter dem Namen der „Wanderpneumonien“ zusammenfasste. Durch diese Loslösung konnte nunmehr der Begriff des eigentlichen Recidiv's schärfer umgrenzt werden und so vermochte denn Homburger folgende Erklärung über das Pneumonierecidiv zu geben: „Setzen wir, sagt er, den Fall, die Lunge sei schon vollkommen zur Norm zurückgekehrt, der Kranke befände sich in vollkommener Reconvalescenz, und es träte dann an irgend einer neuen Stelle der pneumonische Process wieder auf, so haben wir ein reines Recidiv vor uns, denn eine Pneumonie war schon völlig abgelaufen, als die Lunge zum zweiten Male von der Entzündung befallen wurde.“ Das Wesentliche an dieser Definition besteht darin, dass zwischen der ersten und der zweiten Pneumonie ein Zeitraum liegen soll, während dessen eine völlige restitutio in integrum vorhanden ist. Ob es aber zum Begriff des Recidivs nötig sei, dass diese Zeit der Reconvalescenz eine gewisse beschränkte Dauer habe, oder, ob man auch dann, wenn die zweite Erkrankung selbst Monate und Jahre später erfolgt, als die erste, das Recht habe, sie als Recidiv zu bezeichnen, wird von Homburger selbst nicht weiter erörtert. Die Mehrzahl der Autoren gebraucht jedoch zur Zeit diese Benennung auch im letzteren Falle, so namentlich Moellmann[12]), Niemeyer-Seitz[13]), Knoevennagel[14]) und Stortz[15]). Damit würde nun alles gut sein, wenn nicht andere Autoren wiederum einen abweichenden Standpunkt einnehmen würden. Thomas[16]) nämlich will mit dem Namen „Re-

[12]) Berl. Klin. Wochenschrift 1879.
[13]) Handb d. spec. Pathol. u. Therapie.
[14]) Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1883.
[15]) Mitteilungen aus der Würzburger med. Klinik herausgeg. von C. Gerhardt und F. Müller.
[16]) Gerhardt Handb. der Kinderkrankheit.

cidiv“ nur eine solche Pneumonie bezeichnet wissen, die schon beginnt, bevor noch die erste das Ende ihrer normalen Lösung erreicht hat und in ähnlicher Weise äussert sich auch Korányi[17]), welcher nur die Fälle als recidivirende auffasst, in denen „das pneumonische Fieber zum Abschluss, die Hepatisation zur Lösung gebracht wurde, in denen aber, bevor letztere zur Vollständigkeit gedieh, ein neuer pneumonischer Anfall erfolgte.“ Er will, wie er sich ausdrückt, mit der Bezeichnung „Recidiv“ die Vorstellung „einer gewissen Continuität des Krankheitsverlaufs, wenn auch mit Unterbrechung der Erscheinungen“ verknüpft wissen.

Fassen wir dies alles zusammen, so müssen wir bekennen, dass es bis auf den heutigen Tag noch nicht zu einer einheitlichen, allseitig adoptirten Auffassung über diesen Begriff gekommen ist. Fast jeder Autor gebraucht den Ausdruck „Recidiv“ bei der Pneumonie in einem anderen Sinne, und wo uns daher dies Wort in der Literatur begegnet, da müssen wir erst immer aus dem ganzen Zusammenhang zu ergründen suchen, was im concreten Falle darunter verstanden werden soll.

Es kann natürlich nur Sache des Uebereinkommens sein, ob man den Begriff „Recidiv“ im Sinne von Homburger, Stortz u. a. auffassen, oder nur an diejenigen Formen denken will, welche Thomas und Korányi im Auge haben. Auf alle Fälle aber muss diese Bezeichnung entweder nur in dem einen, oder nur in dem anderen Sinne gebraucht werden. Keineswegs aber geht es an, dass ein und dasselbe Wort dieser so und jener anders anwendet. Ohne nun im Geringsten daran zu denken, das von Juergensen für nötig erachtete „sic volo, sic jubeo“ aussprechen zu wollen, glaube ich doch einen Vorschlag machen zu dürfen, durch den meines

[17]) Pneumonie in Eulenburg's Real-Encyklop. d. med. Wissenschaften.

Erachtens die Verwirrung beseitigt wird. Diese Verwirrung nämlich ist in der neueren französischen Pneumonieliteratur[18]) dadurch glücklich vermieden, dass man für unser deutsches „Recidiv" zwei Ausdrücke zur Verfügung hat. Die zweite und öftere Wiederkehr einer vor längerer oder kürzerer Zeit schon einmal völlig überstandenen Pneumonie nennen die Franzosen „récidive", gerade wie es bei uns Moellmann, Stortz u. a. thun, in allen denjenigen Fällen jedoch, in welchen eine schon fast erloschene, zwar grösstenteils, aber noch nicht völlig zur Lösung gelangte Lungenentzündung gleichsam von neuem wieder aufflackert, gebrauchen die französischen Aerzte einzig und allein das Wort „rechute". In ähnlicher Weise, glaube ich, thun auch wir gut, den Ausdruck „Recidiv" im Sinne von Homburger, Moellmann, Stortz und Lépine zu gebrauchen, für die Fälle der zweiten Art jedoch einen anderen Ausdruck zu wählen. Es scheint mir am einfachsten, im letzteren Falle von „Nachschüben", welche die Pneumonie macht, zu reden.

Unter einem Pneumoniercecidiv verstehen wir also die Wiederkehr einer schon einmal überstandenen Pneumonie. Durch das einmalige Ueberstehen derselben wird nämlich keineswegs eine Immunität für spätere gleichartige Erkrankungen geschaffen, sondern ganz im Gegenteil die Disposition für erneuetes Befallenwerden desselben Individuums gesteigert. Diese Thatsache ist noch gar nicht so lange bekannt, als man vielleicht glauben möchte. Bei Laënnec,[19]) dem grossen Reformator auf dem Gebiete der Herz- und Lungenkrankheiten, findet sich darüber nichts angegeben, und in der 1861 erschienenen, alle möglichen Verhältnisse berücksichtigenden grossen sta-

---

[18]) Vergl. hierüber Lépine Pneumonie aiguë lobaire. Nouv. dict. de méd. et de chir. prat. réd. par Jaccond. Paris 1886.

[19]) Traité de l'auscultation et des maladies du coeur et du poumon.

tistischen Arbeit von M. v. Huss sucht man gleichfalls vergeblich nach einer diesbezüglichen Notiz. Zur Zeit als Juergensen seine Epoche machende Arbeit über die croupöse Pneumonie veröffentlichte, wollte er die erwähnte Thatsache nur für „wahrscheinlich" halten, meinte aber, dass sie noch nicht durch grössere Zahlenreihen sichergestellt sei. Letzteres ist jedoch im Laufe der Zeit zur Genüge geschehen und das in dieser Beziehung uns zu Gebote stehende statistische Material ist nach und nach ein so beträchtliches geworden, dass es mehr als ausreichend ist, um dieselbe aus einer blossen Wahrscheinlichkeit zum Range einer unbestreitbaren Gewissheit zu erheben. Schon Grisolle[20]) führt derartige Fälle an. Unter 175 Pneumoniekern, welche darauf hin examinirt wurden, fand er 54, also 30,8 %, die bereits früher öfters, bis zu 8 Mal, die Krankheit durchgemacht hatten. Chomel[21]) behandelte einen Patienten, der schon zum zehnten Male von Pneumonie befallen war und Rush[22]) spricht sogar von einem Individuum, welches die ganz kolossale Anzahl von 28 Pneumonien überstanden hatte. Charcot[23]) beobachtete unter 78 Fällen, welche Kinder von 1—6 Jahren betrafen, Recidive, von welchen 4 Patienten schon 2 Mal, 2 schon 4 Mal ergriffen worden waren. Aehnliche Wahrnehmungen liegen fast von allen Autoren vor, welche über eine grössere Reihe von Erkrankungen zu gebieten haben. So hat Moellmann[24]) in der Zeit von $2^1/_2$ resp. 4 Jahren 6 % aller Erkrankten zu wiederholten Malen an Pneumonie behandelt. Von diesen hatten zehn je zwei, zwei je drei und einer sogar vier Anfälle zu überstehen und mindestens eben so viele sollen schon früher an Pneumonie gelitten haben; ein Mann sogar hat 13 frühere Erkrankungen angegeben.

---

[20]) Traité de la pneumonie. Paris 1864. Baillère fils.
[21]) [22]) [23]) citirt nach Lépine Pneumonie aiguë lobaire.
[24]) Berl. Klin. Wochenschrift 1879.

Auch Riesell,[25]) welcher im Ganzen 257 Pneumonien, d. h. alle Lungenentzündungen, die überhaupt im Laufe von $2^1/_2$ Jahren in 12 am Westabhange des Harzes gelegenen Ortschaften mit 5957 Einwohnern vorkamen, beobachtete, kommt zu ähnlichen Resultaten, desgleichen Knoevennagel,[26]) Mendelsohn[27]) und Keller[28]). Namentlich der letztere konnte durch das reichhaltige Material der Tübinger Poliklinik den in Rede stehenden Satz sehr gut illustriren. Es kamen nämlich unter im Ganzen 140 Pneumonikern 44 = 31,4 % vor, welche schon mehrmals erkrankt waren, eine Zahl, welche den schon oben angeführten Daten Grisolle's sehr nahe kommt. Das grösste statistische Material jedoch über diesen Punkt ist in letzter Zeit von Stortz[29]) beigebracht worden. Unter den von demselben aus dem Würzburger Juliusspitale mitgeteilten 280 Fällen von genuiner Pneumonie befindet sich die stattliche Anzahl von 74 = 26,4 %, die früher schon einmal Pneumonie überstanden hatten und zwar waren von diesen erkrankt zum

2. Male	57	5. Male	1
3. „	10	6. „	1
4. „	6	12. „	1

Unter diesen zu öfteren Malen Befallenen befanden sich 16, die ausser Lungenentzündung niemals an einer anderen inneren Erkrankung gelitten hatten.

Ich selbst fand unter 80 Patienten, die im Jahre 1885 und 1886 auf der hiesigen II. med. Klinik an Pneumonie erkrankt waren, 13 Recidive vor. Von diesen waren zum zweiten Male 9, zum dritten Male 2,

---

[25]) Die Aetiol. d. croup. Pneumon. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin Bd. 33 u. 39.
[26]) Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1883.
[27]) Deutsch. Arch. f. klin. Med.
[28]) Juergensen Beob. a. d. Tüb. Poliklinik 1883.
[29]) S. o.

zum vierten Male 1 und zum sechsten Male 1 Patient erkrankt. Abgesehen von Kindern waren darunter sämmtliche Altersstufen vertreten. Auch bei letzteren finden sich jedoch in der Literatur vielfach recidivirende Pneumonien erwähnt. Friedleben[30]) teilt uns mit, dass er oft kleine Patienten behandelt habe, die zwei- oder mehrmals von demselben Uebel befallen wurden. Henoch[31]) erzählt von einem in seiner Behandlung gewesenen Kinde, das zuerst eine Pneumonie der linken Spitze hatte und wenige Wochen darauf von einer Entzündung des linken Unterlappens befallen wurde. Die zweite Entzündung endete am 8 Tage kritisch. Einen ähnlichen Fall hat Tordeus[32]) veröffentlicht. Es handelte sich dabei um ein 7 Monate altes Mädchen, bei dem eine croupöse Pneumonie des linken Unterlappens aufgetreten war; sechs Wochen vorher hatte das Kind schon eine Pleuritis überstanden. Nachdem die erste Lungenentzündung am 5. Krankheitstage zur Krise gekommen und weitere 5 Tage später die Lösung der Infiltration vollendet war, trat am 14. Tage eine neue Infiltration auf, und zwar, was besonders interessant ist, in ganz demselben Lungenabschnitte, welcher beim ersten Male befallen worden war. Auch diese zweite Entzündung endete am 9 Tage per crisin; doch zog sich diesmal die Lösung etwas in die Länge.

Es geht aus alledem wohl zur Genüge hervor, dass, wer einmal an Pneumonie gelitten hat, darauf gefasst sein muss, dieselbe auch noch öfters zu bekommen. Wollen wir begreifen, welches der Grund dieser Thatsache ist, so müssen wir bedenken, dass alles, was die Integrität der Respirationsschleimhaut schädigt, dadurch den Pneumococcen eine Einzugspforte öffnet. „Es giebt,

---

[30]) Arch. f. physiol. Heilkunde 1842.
[31]) Berl. Klin. Wochenschr. 1886.
[32]) Journal de méd. et de chir. de Bruxelles Juin 1877.

sagt Keller,[33]) gegen jegliche Infection keine bessere Prophylaxe, als eine intakte Epidermis und mit gesundem Epithel bedeckte Schleimhäute.“ Nun wird niemand läugnen, dass eine einmal überstandene Pneumonie nicht blos in den infiltrirten Partien, sondern auch in der gesammten Lunge allerhand Störungen hervorruft, die wohl geeignet sind, einen locus minoris resistentiae zu schaffen und hieraus dürfte sich wohl am ungezwungensten die gesteigerte Disposition erklären lassen.

Durch diese gesteigerte Disposition zu erneueter Erkrankung tritt die Pneumonie in Analogie zu der Malaria, dem acuten Gelenkrheumatismus und dem Erysipel. Dagegen steht sie im scharfen Gegensatz zu den meisten anderen infectiösen Erkrankungen, besonders den acuten Exanthemen. Während wir bei Morbillen, Scarlatina und Variola, sobald wir nur erst einmal der Gefahr glücklich entronnen sind, uns, abgesehen von einzelnen seltenen Fällen, dem beglückenden Gefühl hingeben dürfen, nunmehr gleichsam einen Schutzbrief zu besitzen, der, wenn auch rings um uns her alle anderen ergriffen werden, uns selbst vor einem erneuten Ausbruch des Uebels sicherstellt, schwebt gerade bei der fibrinösen Pneumonie die Gefahr einer abermaligen Erkrankung wie ein Damoklesschwert über dem Haupte des eben Genesenen.

Das ist nun aber freilich nicht ganz so schlimm, wie es vielleicht scheinen mag. Man kann nämlich im Allgemeinen den Satz aufstellen, dass die Recidive eine weit günstigere Prognose gewähren, als die erstmalige Erkrankung. Sie nehmen einen leichteren Verlauf und bieten, vorausgesetzt, dass es sich nicht um terminale Pneumonien, oder um besonders schwere, für sich allein schon das Leben ge-

---

[33]) Beob. a. d. Tüb. Poliklinik 1883.

fährdende Complicationen handelt, ein weit besseres Mortalitätsverhältnis. Soviel ich aus der mir zu Gebote stehenden Literatur ersehe, war es zuerst Charcot,[34]) dann Fox[35]) und Leudet,[36]) welche die Aufmerksamkeit auf diese Thatsache hinlenkten und zu diesen hat sich in neuester Zeit noch Lépine[37]) gesellt, der in seiner ganz vortrefflichen Arbeit über die pneumonie aiguë lobaire sich darüber folgendermassen äussert: „Toutes choses égales, et contrairement à ce qu'on eût pu supposer, les récidives de pneumonie paraissent plutôt moins graves". In der deutschen einschlägigen Literatur findet sich lange Zeit hindurch keine hierauf bezügliche Bemerkung. Erst nachdem die erwähnte Arbeit Lépine's bereits erschienen war, hat Stortz in seiner schon mehrfach angeführten trefflichen statistischen Arbeit es unternommen, den zahlenmässigen Beweis für diese Angaben zu erbringen. Er sah bei sonst gesunden Personen stets einen regelmässigen, niemals besonders schweren Verlauf. Allerdings führt er auch 58 Recidiv-Pneumonien an, welche nicht so leicht und günstig verliefen. Diese betrafen jedoch stets Patienten, welche entweder von Haus aus kränklich, oder durch Alkoholmissbrauch und chronische Krankheiten schon vorher geschwächt waren. Stortz meint daher, dass diese weniger günstigen Fälle, teils, worauf ich schon hindeutete, als terminale Pneumonien aufzufassen seien, teils misst er auch die Schuld den Complicationen bei, mit denen sich die Pneumonie vergesellschaftet hatte.

Auf Grund des mir gütigst zur Verfügung gestellten Materials kann ich mich gleichfalls diesen Ansichten

---

[34]) Citirt nach Lépine.
[35]) System of medicine edited by Russel Reynolds. London 1874.
[36]) Journal méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.
[37]) S. o.

von Charcot, Lépine und Stortz anschliessen. Von 13 Recidiven, über die ich verfüge, verliefen 11 leicht und günstig. Nie traten, weder von Seiten des Herzens, noch des Nervensystems Besorgnis erregende Symptome auf; die Temperatur überstieg niemals 39 C. und ging vielfach gar nicht bis zu dieser Höhe hinauf. Das gesammte Allgemeinbefinden war den Umständen nach stets leidlich. Dementsprechend konnte auch die Therapie immer eine recht einfache sein. Ein hydropathischer Umschlag auf die Brust, hie und da eine Potio Riveri, in manchen Fällen ein Decoct. Senegae, andere Male wieder ein Opiat zur Nachtruhe, oder Ol. Ricini bei bestehender Obstipation, das war so ziemlich alles, was zu verordnen für nöthig gehalten wurde. Von eingreifenden antipyretischen oder der Excitation dienenden Massregeln konnte durchaus Abstand genommen werden.

Besonders characteristisch und zur Illustration der leichten Verlaufsweise, wie sie bei Recidiven angetroffen wird, geeignet, scheint mir der folgende Fall zu sein. Gustav Q. Hausdiener 25 J. alt.

Anamnese: Patient hat als Kind Scarlatina überstanden. Mit 17 Jahren wurde er Soldat und diente von 1879 bis 1882. Im Jahre 1880 bekam er zum ersten Male Pneumonie, auf diese folgte eine zweite Lungenentzündung im Frühjahr 1881 und eine dritte im Herbste desselben Jahres. Im Jahre 1885 erkrankte er zum vierten und 1886 zum fünften Male an Pneumonie. Bei der ersten Lungenentzündung war der Verlauf nach der Aussage des Patienten schwer, bei den späteren Wiederholungen soll er jedoch stets ein leichter gewesen sein.

Am 8. Januar 1887 Nachmittags empfand Patient, nachdem er schon vorher einige Tage matt gewesen war und leicht geschwitzt hatte, ein „Ziehen“ in der rechten Seite und Schmerzen in den Beinen. Er legte

sich deshalb schon um 6 Uhr ins Bett und hatte hier einen ungefähr zweistündigen Frost. Nachts trat Husten ein mit „grünem“ Auswurf. Patient vermochte keinen Schlaf zu finden. Am 9. Jan. erfolgte seine Aufnahme in die Anstalt.

Status praesens: Patient ist ein kräftig gebauter Mann; das Gesicht ist fieberhaft gerötet. Auf der Brust einzelne Narben, die von Schröpfköpfen herrühren.

Puls: 90 Resp. 32—40. Stand des Zwerchfells am oberen Rand der 6. Rippe. Spitzenstoss im 4. Intercostalraum einwärts von der Mammillarlinie.

Pectoralfrem: rechts nicht vermindert.

Sputum: nicht vorhanden.

Percussion: V. überall lauter voller Schall. H. L. ebenso H. R. U. etwa 2 Querfinger hohe Dämpfung. Auscult.: Ueber der Dämpfung Knisterrasseln.

Die Zunge ist rein und feucht. Abdomen nicht schmerzhaft, nicht eingezogen. Leberdämpfung in normalen Grenzen. Milzdämpfung 5 cm. Urin nicht vorhanden.

Diagnose: Pneumonie.

Ordo: Hydropathischer Umschlag. Saturatio citrica.

10. I. 87. Gestern Abend 10 Uhr trat starker Schweiss auf. Gleich nach diesem fühlte sich Patient viel leichter.

Nur noch geringe Dämpfung. Sämmtliche übrigen Symptome sind verschwunden.

Das Interessante, welches uns dieser Fall bietet, liegt darin, dass mit dem öfteren Ueberstehen der Lungenentzündung gewissermassen gradatim ein weniger schweres Bild sich darbietet. Zuerst haben wir eine schwere Erkrankung. Auf diese folgen in nicht allzu grossen Zwischenräumen vier Anfälle, die zwar leicht ablaufen, aber immerhin doch eine gewisse Zeit andauern. Die sechste Pneumonie jedoch ist in drei Tagen völlig

zum günstigen Ende gelangt, kann also ohne Weiteres zu denjenigen Formen gerechnet werden, die von Thomas, Victor Hanot[38]) u. a. als Abortivpneumonien bezeichnet werden.

Was nun die beiden letal endenden Fälle anbetrifft, welche bei meinen Recidiven vorkamen, so meine ich, dass auch diese in demselben Sinne interpretirt werden können, wie die, welche Stortz zu verzeichnen hatte.

In dem einen derselben handelte es sich um einen 32jähr. Arbeiter, Franz H., der zum vierten Male an Pneumonie erkrankt war. Patient, ein mittelgrosser Mann, von starkem Knochenbau und guter Muskulatur, war im höchssen Grade Potator. Er gesteht selbst ein, jeden Tag für 50 Pfennige Kümmel genossen zu haben, für welche Summe man die beträchtliche Quantität von $^3/_4$ Liter mindestens erhalten soll. Es lässt sich ausserdem vermuten, dass noch manches Seidel und manche Weisse nebenher getrunken worden ist. Sein Krankheitsverlauf bot dementsprechend das typische Bild der Säuferpneumonie. Der Kranke war äusserst aufgeregt und unruhig, sehr schwatzhaft, wollte durchaus aus dem Bette heraus, hatte zeitweise Zuckungen an einzelnen Gliedern, zeigte das characteristische Symptom des Flockenlesens und liess an den Händen deutlichen Tremor erkennen. Die Delirien dauerten noch fort, auch als die locale Affection sich schon zu lösen begann. Unter zunehmender Benommenheit erfolgte schliesslich der exitus letalis. Sicher ist dieser hier wesentlich auf Rechnung des abusus spirituosorum zu setzen, so dass also unsere Ansicht von der günstigeren Prognose der Recidive nicht erschüttert wird. Aehnliches gilt von unserem zweiten Falle, in welchem ausser der Pneumonie noch schwere ulceröse Erscheinungen im ganzen Pharynx und Larynx vorhanden waren.

[38]) Hanot. Du traitement de la pneumonie aiguë.

Um mich jedoch nicht dem Vorwurfe der Einseitigkeit auszusetzen, will ich noch an einen Fall bei Fismer[39]) erinnern (Männer XII), in dem ein Recidiv zum exitus letalis führte, ohne dass von schweren Complicationen, von Potatorium und anderen schwächenden Momenten irgend etwas erwähnt ist. Vielleicht ist hier das hohe Alter von 67 Jahren für den unglücklichen Ausgang verantwortlich zu machen, vielleicht ist auch in der wenig ausführlichen Anamnese nicht alles von den Antecedentien des Patienten angegeben worden.

Jedenfalls aber bleiben die Angaben von Charcot, Lépine und Stortz durch derartige Einzelfälle unbeeinflusst und die Thatsache, dass die Prognose der Pneumonierecidive eine günstigere ist, als die der erstmaligen Erkrankung, kann als ziemlich ausgemacht angesehen werden.

So ganz ohne jede Modification dürfen wir dies aber doch nicht hingehen lassen. Es wird nämlich bei Recidiven weit häufiger Albumen im Urin vorgefunden, als bei der erstmaligen Erkrankung. Das Verhältnis stellt sich nach Stortz ungefähr so, dass bei Recidiven die Fälle mit Albuminurie um 25,18 % zahlreicher sind, als sonst. Auch soll demselben Autor zu Folge die Albuminurie bei Recidiven um vieles hartnäckiger sein und auch nach erfolgter Krise noch längere Zeit andauern, was bei erstmaliger Lungenentzündung nicht beobachtet wurde.

Erklären werden wir uns die Albuminurie bei Pneumonie zum Teil aus dem Fieber, zum Teil aber auch mit Leube[40]) aus dem Reize, welchen das pneumonische Virus auf die Glomerulusepithelien ausübt. Je nach der Intensität dieses Reizes werden wir es ent-

---

[39]) S. o.
[40]) Leube u. Salkowski die Lehre vom Harn.

weder nur mit einer grösseren Durchlässigkeit der genannten Epithelien für Eiweiss zu thun haben, oder wir werden, wie dies ja auch beim Abdominaltyphoid und ganz besonders bei Scarlatina der Fall ist, eine wirkliche Nephritis bekommen. Wenn sich nun aber bei Recidiven eine derartige Reizung der Epithelien öfters wiederholt, so kann schliesslich eine chronische Nephritis daraus zu Stande kommen und es können derartige Pneumoniker sogar, gerade wie bei Scarlatina, eine granulare Atrophie der Niere acquiriren. Dies konnte von Stortz in drei Fällen von Recidiven constatirt werden. Ich selbst, der ich ja nur eine geringe Anzahl von Krankengeschichten zur Verfügung habe, finde zwar Albumen im Urin öfters angegeben, kann jedoch von einer besonderen Hartnäckigkeit derselben, oder gar von Nephritiden nichts berichten.

Soviel über das Vorkommen und den Verlauf der Recidive. Die Therapie derselben wird natürlich nach denselben allgemeinen Principien zu verfahren haben, wie bei allen anderen Pneumonien. Dagegen lässt sich vielleicht prophylactisch bei einem durch einmalige Durchseuchung zu erneueter Erkrankung disponirten und deshalb mehr als andere gefährdeten Individuum etwas mehr thun, als es bisher zu geschehen pflegt. Da wir wissen, dass die im Freien lebende Bevölkerung weniger von Pneumonie befallen wird, als die in geschlossenen Räumen befindliche, dass selbst Wind und Wetter, wie es Matrosen und Soldaten im Felde auszustehen haben, nicht so schädlich sind, wie der stetige Aufenthalt in dumpfen und eng bewohnten Räumlichkeiten, wie z. B. Kasernen, Gefängnissen u. s. w., so muss darauf gehalten werden, dass eine Person, welche die Krankheit schon ein oder gar mehrere Male durchgemacht hat, sich möglich viel in freier Luft aufhält und, wenn es nur irgend angeht, einen Beruf meidet, durch den sie dauernd an geschlossene

Räume gebannt wird. Dass gerade derartige Individuen unter besonders vorzügliche allgemeine hygieinische Verhältnisse gebracht werden müssen, ist selbstverständlich und ebenso liegt es auf der Hand, dass, wenn gerade eine Pneumonieepidemie herrscht, man besonders disponirte Personen aus dem befallenen Gebiet möglichst zu entfernen suchen muss. Damit aber, wenn trotz alledem die Pneumonie bei ein und derselben Person öfters wiederkehrt, sie wenigstens den gewöhnlichen günstigen Verlauf nehmen kann, wird man gerade bei solch disponirten Personen den übermässigen Genuss des Alkohols unter allen Umständen ganz energisch zu verbieten haben und ausserdem wird man danach streben, durch kräftigende Ernährung und zweckmässige Abhärtung des Körpers die gesammte Constitution zu heben und den Organismus möglichst widerstandsfähig zu machen. Dann kann man wohl hoffen, die Mortalität der Pneumonierecidive beträchtlich herabzudrücken und denjenigen günstigen Verlauf, der schon jetzt sehr häufig ist, zum allgemein herrschenden zu machen.

Man hat früher noch immer besonders erwähnen zu müssen geglaubt, dass Recidive nicht genau denselben Lungenabschnitt zu befallen brauchen, wie bei der ersten Erkrankung. Derartige Angaben finden sich bei Grisolle, Moellmann, Keller, Stortz u. a. verzeichnet. Eigentlich lässt sich das, sobald man einmal die Pneumonie als allgemeine Erkrankung auffasst, schon a priori und ohne direkte statistische Angaben vermuten. Wäre der locale Process an den Lungen das Wesentliche, so könnte man sich allerdings nur vorstellen, dass einzig und allein die direkt afficirte Partie zu fernerer Erkrankung disponirt wird, wenn wir aber den Infiltrationen nur untergeordnete Bedeutung in Vergleich zur Allgemeininfektion beilegen, so kann es nicht weiter Wunder nehmen, wenn bei wiederholten Erkrankungen die Lo-

calisation des Giftes bald an der einen, bald an der anderen Stelle stattfindet.

Zum Schluss möchte ich nun auch noch der „Nachschübe“ mit wenigen Worten gedenken. Während wir bei den Recidiven eine mehrmalige Infektion von aussen her annehmen müssen, findet bei den Nachschüben eine solche nur einmal statt. Während eine Generation von Coccen schon im Absterben begriffen ist, entwickelt sich eine neue, die von ersterer her abstammt. Dadurch kommt dann das schubartige Auftreten der Krankheit zu Stande, wobei zwischen den einzelnen Anfällen eine Periode liegt, in der das Virus zwar im Körper steckt, aber an Intensität so gering ist, dass es latent bleibt. Sobald jedoch die Intensität desselben wieder eine genügend grosse ist, wird die Latenzperiode durch einen erneuten Anfall abgelöst. Den klassischen Typus für derartige Nachschübe bietet ja die Recurrens, bei welcher das schubartige Auftreten eben mit zum Wesen und zum Begriff der Krankheit gehört. Aber auch bei anderen Infektionskrankheiten, wie Abdominaltyphoid, Tuberculose, in seltenen Fällen auch bei Scarlatina, können derartige Nachschübe nach vorhergegangener zeitweiliger Latenz des infektiösen Agens auftreten. Bei der Pneumonie sind sie nach Thomas[41]) „eine entschieden seltene Affection“. Nach genauer Durchsicht der gesammten paediatrischen Literatur vermochte er nur einen einzigen hierhin gehörigen Fall ausfindig zu machen. Derselbe ist von Binz[42]) veröffentlicht worden. Er betrifft einen Knaben von drei Jahren, bei welchem zwei derartige Nachschübe (Thomas sagt Recidive) im Laufe von 14 Tagen an demselben Lungenabschnitt, dem rechten Unterlappen, eintraten. Der Patient kam in diesem Falle zur völligen Genesung. Uebrigens kann auch hier Thomas

[41]) S. o.
[42]) Beob. zur inneren Klinik. Bonn 1864.

einen leichten Verdacht nicht los werden, dass es sich dabei um eine ganz neue Affection gehandelt habe, die, ähnlich wie in Fällen von Henoch[43]), Tordeus[44]) nur ungewöhnlich rasch auf die erste gefolgt sei. Diese Anschauungen von Thomas können jedoch nur dann ihre Gültigkeit behalten, wenn wir es zum Begriffe der Nachschübe (oder nach der Terminologie von Thomas Recidive) für nötig erachten, dass der zweite Schub sich in demselben Lungenlappen localisirt, wie der erste. Thun wir dies aber nicht, wollen wir mit einem Worte auch die sogenannten „Wanderpneumonien" unter die „Nachschübe" rangiren, woran uns nichts hindert, so sind diese Formen durchaus nicht so selten. Seitdem Waldenburg und Homburger auf dieselben hingewiesen haben, sind von Hoerschelmann,[45]) Brieger[46]) und vielen anderen zahlreiche derartige Fälle beigebracht worden.

Freilich ist eine verhältnissmässig lange Zeit dahingegangen, ehe diesen doch keineswegs seltenen Formen die gebührende Beachtung zu Teil wurde. Die Erklärung hierfür liegt jedoch in dem von mir schon hervorgehobenen Umstande, dass der Begriff „Recidiv" früher in viel weiterem Sinne gebraucht wurde als jetzt und dass deshalb alle migrirenden Pneumonien mit unter die Recidive rubricirt wurden. Derselbe Homburger, dem wir unsere oben angeführte Definition des Recidiv's verdanken, hat uns auch zuerst eine ausführliche klinische Beschreibung der Wanderpneumonien gegeben. Er teilt sämmtliche Lungenentzündungen in drei Unterabteilungen und zwar erstens solche, bei denen die Infiltration auf ein und dieselbe Stelle beschränkt bleibt, „pneumonia fixa", zweitens viel schwerere Formen, die sich dadurch

[43]) Berl. Klin. Wochenschrift 1886.
[44]) Journal de méd. et chir. de Bruxelles Juin 1877.
[45]) Berl. Klin. Wochenschrift 1884.
[46]) Charité-Annalen Bd. X.

auszeichnen, dass von der zuerst ergriffenen Stelle aus der Process continuirlich weiter kriecht, ohne dass es jedoch an der ersten Stelle zur Resolution kommt. Für diese hat Homburger den bezeichnenden Namen der annexiven Pneumonie gewählt. Die dritte Unterabteilung endlich umfasst die für uns in Betracht kommende Wanderpneumonie, „pneumonia migrans", deren characteristisches Merkmal darin besteht, dass, während an der zuerst ergriffenen Stelle der Process sich löst, andere Partien der Lunge ergriffen werden. Schon vor Homburger hatte u. a. Friedreich dieser Formen kurz Erwähnung gethan und er war durch seine Beobachtungen zu dem Resultate gekommen, dass die Prognose dieser wandernden Formen eine ganz besonders schlechte sei. Diese Anschauung hat jedoch Homburger zu entkräften vermocht. Verglichen mit den fixen Formen, werden natürlich die migrirenden schon wegen der längeren Verlaufsdauer der Krankheit eo ipso eine grössere Gefahr in sich schliessen. Ziehen wir jedoch die annexiven Pneumonien ebenfalls mit in den Vergleich, so bieten diesen gegenüber die Wanderpneumonien eine relativ günstigere Prognose. Weder Homburger, noch Brieger und die übrigen citirten Autoren, welche dieser Frage ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben, vermochten besonders starke Anschwellung der Milz und Leber, oder etwa schwerere nervöse Symptome bei den von ihnen beobachteten Patienten zu erkennen. Es spricht also durchaus nichts dafür, dass wir es bei den Wanderpneumonien mit einer ganz besonders schweren Infection zu thun haben. Wie es überhaupt leichte und schwere Pneumonien giebt, so können auch bei den wandernden Formen alle möglichen Verlaufsweisen vorkommen. Die Anschauung Friedreich's jedoch, der zu Folge die wandernden Formen stets als gefährlich betrachtet werden, hat sich nicht als haltbar erwiesen.

Ich hatte im Verlaufe meiner Arbeit schon mehrfach Gelegenheit gehabt, auf die vielfachen Analogien hinzuweisen, welche die acute genuine Pneumonie zu anderen Infectionskrankheiten darbietet. Hier nun bei der Betrachtung der wandernden Formen stösst uns eine neue derartige Analogie auf. Der wandernde Verlauf dieser Pneumonien lässt uns unwillkürlich an das Erisypel denken, ein Vergleich, der schon ziemlich früh von Grisolle gezogen worden ist. Dass aber dieser Vergleich kein bloss äusserlicher ist, sondern dass in der That wohl Beziehungen zwischen beiden Krankheiten vorhanden sind, das lehrt ein Fall, den Hoerschelmann beobachtet hat, und den ich mir mit einigen Abkürzungen anzuführen gestatten möchte.

Jacob. Sch., 22 Jahre alt, 1873 im Februar in den Dienst getreten, wurde am 18. März 1873 in das Hospital aufgenommen. Den 30. März hat er einen Schüttelfrost gehabt, am folgenden Tage erysipelatöse Röte, welche bei anhaltendem nicht sehr hohen Fieber sich auf die linke Wange ausbreitet, den 3. April aber sich begrenzt und nicht mehr weiter schreitet.

6. April. Gesichtsfarbe leicht gelblich. Fieber remittirend l. h. o. crep. redux. l. h. u. Ton gedämpft, bronchial. Atmen.

7. April. Fieber gestiegen, erysip. Röte schärfer. l. h. o. Atm. beinahe normal. l. h. u. Atm. bronch. Sputa cruenta.

In den folgenden Tagen Temp. normal, entzündl. Erschein. d. link. Lunge schwinden.

12. April. Neuer Schüttelfrost. Temp. 39,0. Nachmitt. Schmerzen in der rechten Brusthälfte.

13. April. Fieber dauert fort. r. h. u. Dämpf. u. bronch. Atm.

14. April. Temp. normal. Puls 60. r. h. u. bronch. Atm.

Abends steigt das Fieber. Temp. in den folgend. Lagen um 39,0 herum. Puls zwischen 100 u. 110.

Am 15. April ist das bronch. Geräusch am deutlichsten in der rechten regio axill. zu hören.

Bis zum 25. ist der Kranke dann wieder fieberfrei. Am Morgen dieses Tages stellt sich jedoch ein neuer Frost ein.

In dieser Weise geht es nun mit fortwährenden Intermissionen einen ganzen Monat hindurch. Vom linken oberen Lappen geht der Process auf den unteren über. Dann wieder wird die rechte und schliesslich noch einmal die linke Lunge befallen. Ausserdem besteht erysipelas faciei, das im Verlaufe der Krankheit viermal sich wiederholt. Hoerschelmann glaubt hieraus mit Bestimmtheit auf eine Identität beider Processe schliessen zu können. Doch scheint mir der stricte Beweis hierfür nur durch bacteriologische Untersuchungen erbracht werden zu können.

Eine eingehende Besprechung derselben liegt nicht im Plane dieser Arbeit, die ja wesentlich den Recidiven in dem oben praecisirten Wortsinne gewidmet sein soll. Nur so viel will ich bemerken, dass die Wanderpneumonien nicht, wie Friedreich[47]) meint, besonders gefährlich sind, sondern dass sie, wie Homburger behauptet und andere bestätigt haben, ceteris paribus einen recht befriedigenden Verlauf nehmen.

Um noch einmal zum Schlusse alles kurz zu résumiren, so sind die Hauptpunkte meiner Arbeit folgende: Mit dem Namen „Pneumoniereciliv“ bezeichne ich, abweichend von Thomas und Korányi und in Uebereinstimmung mit Homburger, Lépine, Stortz u. a. die Wiederkehr einer schon überstandenen Pneumonie. Diese Recidive sind sehr häufig, brauchen nicht notwendig die-

[47]) Der acute Milztumor. Volkmann's Samml. klin. Vorträge.

selbe Lungenpartie zu befallen und geben gewöhnlich eine bessere Prognose, als die erstmalige Erkrankung. Doch ist bei ihnen Albuminurie häufiger und auch hartnäckiger als sonst und es können sogar die Recidive zu chronischer Nephritis und selbst zu Schrumpfniere Anlass geben. Nachschübe nenne ich diejenigen Affectionen, die schon beginnen, bevor die erste Pneumonie völlig abgelaufen ist, also die „rechutes“ französischer Autoren. Zu ihnen gehören erstens die Wanderpneumonien, zweitens die bei Thomas allein berücksichtigten Nachschübe bei fixen Pneumonien. Erstere kommen öfters vor, letztere sind bisher nur einmal von Binz beobachtet worden.

Mit besonderer Freude erfülle ich schliesslich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Gerhardt, meinen verbindlichsten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

[1]) Juergensen: Croupöse Pneumonie in Ziemssen Handb. d. spec. Pathol. u. Therapie. Leipzig 1874.

[2]) Juergensen: Beob. aus der Tübinger Poliklinik 1883.

[3]) Virchow's Archiv 1882 Bd. 87.

[4]) Fortschritte der Medizin 1883 Nr. 22.

[5]) Berl. Klin. Wochenschrift 1885 Nr. 22 u. 23.

[6]) Verhandlungen des Congresses für innere Medizin 1884 herausgegeben von E. Leyden u. E. Pfeiffer.

[7]) A. Hirsch: Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.

[8]) Lépine: Pneumonie aiguë lobaire im Nouv. dict. de méd. et de chir. prat. réd. par Jaccond.

[9]) Leichtenstern: Ueber asthenische Pneumonien. Samml. Klin. Vortr. von R. Volkmann.

[10]) Mendelsohn: Die infectiöse Pneumonie. Arch. für klin. Medizin Bd. VII.

[11]) Fismer: Die Resultate der Kaltwasserbehandl. bei der acut. croup. Pneumonie im Baseler Spitale. Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XI.

[12]) Homburger: Untersuch. über d. croup. Pneumonie. Inaug.-Diss. Strassburg 1879.

[13]) Berl. Klin. Wochenschr. 1879.

[14]) Niemeyer-Seitz: Handb. d. spec. Pathol. u. Therap.

[15]) Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1883.

[16]) Mitteil. a. d. Würzburg. med. Klinik herausg. v. C. Gerhardt u. F. Müller.

[17]) Gerhardt: Handb. d. Kinderkr.

[18]) Korányi: Pneumonie in Eulenburgs Real-Encyklop. d. med. Wissenschaften.

[19]) Laënnec: Traité de l'auscultation et des maladies du coeur.

[20]) Grisolle: Traité de la pneumonie. Paris 1864. Baillère fils.

[21]) Riesell: Die Aetiologie d. croupös. Pneumonie. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin Bd. 33 u. 39.

[22]) Friedleben, im Arch. für physiol. Heilkunde 1842.
[23]) Henoch, in d. Berl. Klin. Wochenschr. 1886.
[24]) Tordeus, im Journal de méd. et de chir. de Bruxelles. Juin 1877.
[25]) Fox, in System of medicine edited by Russell Reynolds. London 1874.
[26]) Leudet, im Journal de méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.
[27]) Victor Hanot: Du traitement de la pneumonie aiguë.
[28]) Leube u. Salkowski: Die Lehre vom Harn.
[29]) Binz, in d. Beob. zur inneren Klinik. Bonn 1864.
[30]) Berl. Klin. Wochenschrift 1884.
[31]) Brieger Charité-Annalen Bd. X.
[32]) Friedreich: Der acute Milztumor. R. Volkmann, Samml. klin. Vorträge.

Thesen.

1) Die acute fibrinöse Pneumonie ist eine Infectionskrankheit.

2) Bei Myomen des Uterus darf die Myomotomie nur dann gemacht werden, wenn durch die Geschwulst das Leben der Kranken gefährdet, oder der Lebensgenuss durch ganz unerträgliche Qualen unmöglich gemacht wird.

3) Bei der operativen Behandlung des aneurysma poplitaeum ist die Methode des Antyllus sowohl der Digitalcompression, als auch der Unterbindung der art. femoralis vorzuziehen.

Vita.

Verfasser, John Landsberger, Sohn des † Kaufmanns Julius Landsberger, mosaischer Confession, wurde geboren zu Berlin am 29. Juli 1865. Den ersten Unterricht erhielt er auf der höheren Knabenschule des Dr. Wohlthat. Von hier aus ging er im Jahre 1874 auf das Louisenstädtische Gymnasium zu Berlin über und bestand dort am 6. März 1883 die Maturitätsprüfung. Darauf wandte er sich an der Berliner Universität dem Studium der Medizin zu. Am 21. Februar 1885 bestand er das tentamen physicum, am 2. März 1887 das tentamen medicum und am 4. März 1887 das examen rigorosum. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, † Eichler, Fasbender, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, Hofmann, Horstmann, Küster, L. Levin, Leyden, v. Martens, Müller, Pinner, Senator, Schweigger, Virchow, Waldeyer, Wyder.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ganz ergebenen Dank aus.

7297